

様

射水市社会福祉事務所長

医療的ケア実施通知書

申し込みがありました医療的ケアについて、下記のとおり実施することとしますので、通知します。

記

1 実施対象児童

子ども氏名		男 女	生年月日	年	月	日	歳
住所							

2 実施する医療的ケアの内容

内容	実施方法と留意事項	実施者

3 緊急時の対応

- (1) 緊急事態発生時は、主治医の指示内容をもとに、連携病院に連絡を行い、必要な措置を講じます。併せて保護者等に連絡します。
- (2) 保護者は、常に連絡が取れる体制を整え、速やかな対応をお願いします。

4 留意事項

- (1) 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示事項を実施施設に連絡ください。
- (2) 登園時又は日常の子どもの健康状態について、担任又は看護師等に報告し、当日の医療的ケアの内容について確認し合ってください。
- (3) 医療的ケア実施に必要な用具、消耗品の点検・補充をお願いします。